UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°102

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

HÉMORRAGIES SOUS-ARACHNOÏDIENNES

AU COURS DES MÉNINGITES MÉNINGOCOCCIQUES

(A propos d'un cas personnel)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le **19 juillet 1922**

PAR

SOUQUIÈRE (Henri-Marie-Raymond)

Né à Mauriac (Cantal), le 23 janvier 1886

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, Professeur, *Président.*
TRUC, Professeur.
EUZIÈRE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

HÉMORRAGIES SOUS-ARACHNOÏDIENNES

AU COURS DES MÉNINGITES MÉNINGOCOCCIQUES

(A propos d'un cas personnel)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547022_0092

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°102

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

HÉMORRAGIES SOUS-ARACHNOÏDIENNES

AU COURS DES MÉNINGITES MÉNINGOCOCCIQUES

(A propos d'un cas personnel)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

SOUQUIÈRE (Henri-Marie-Raymond)

Né à Mauriac (Cantal), le 23 janvier 1886

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- DUCAMP, Professeur, *Président.*
- TRUC, Professeur.
- EUZIÈRE, Agrégé.
- ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIÈRE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. DUCAMP, profr, *président.*	MM. EUZIÈRE, agrégé.
TRUC, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A MON PÈRE
LE DOCTEUR G. SOUQUIÈRE

dont la probité et la conscience professionnelles ont toujours été pour moi le plus précieux des exemples, j'offre ce modeste travail en le priant de trouver ici l'expression de ma filiale gratitude pour les gros sacrifices que je lui ai imposés.

A MA MÈRE

qui ne cessa de m'entourer de ses soins les plus affectueux, je demande d'accepter en cette circonstance, et du plus profond de mon cœur, l'assurance de mon inaltérable affection.

MEIS ET AMICIS

R. SOUQUIÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

R. SOUQUIÈRE.

AVANT-PROPOS

Interrompues pendant près de sept ans consécutifs, nos études médicales furent particulièrement pénibles. L'obligation militaire à peine satisfaite, la guerre éclate et nous partons sur le front ; nous devions finir la dernière année comme prisonnier. Nous eûmes tout au moins la satisfaction de pouvoir nous rendre utile, surtout après l'armistice, affecté que nous fûmes à la visite des camps et à la Commission de contrôle d'Hambourg. Qu'importait le retard que dut subir notre rapatriement puisque nous continuions à faire notre devoir. Au mois de mars 1919 nous eûmes l'immense joie de rentrer en France.

La reprise de nos études fut vraiment dure ; mais nous devions trouver à Montpellier l'ami et le condisciple de notre père qui conserve pour lui, le plus profondément gravés au fond de son cœur, une sincère amitié et un inaltérable souvenir. M. le professeur Truc ne fut pas seulement pour nous le Maître bienveillant et le conseiller éclairé, mais il voulut bien encore nous honorer de son amitié. Nous voudrions qu'il trouve ici l'hommage respectueux d'une reconnaissance émue, que notre plume cherche en vain à

rendre plus expressive. Nous demandons à M. le professeur Truc de vouloir bien accepter nos très humbles remerciements pour les encouragements qu'à certains moments il a bien voulu nous donner, et qu'il nous permette de l'assurer que nous garderons impérissable son souvenir.

Dans nos remerciements à tous nos Maîtres de la « vieille Ecole montpelliéraine », il nous est un devoir de nous adresser plus particulièrement à M. le professeur Ducamp, qui non seulement nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse, mais encore nous montra tant d'intérêt lors d'un séjour, comme malade, dans son service.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

HÉMORRAGIES SOUS-ARACHNOÏDIENNES

AU COURS DES MÉNINGITES MÉNINGOCOCCIQUES

(A propos d'un cas personnel)

INTRODUCTION

Le problème du diagnostic différentiel entre l'hémorragie méningée et certaines formes de méningite cérébro-spinale a été maintes fois abordé. Il est parfois ardu.

La question se complique encore si les deux processus sont associés.

Voici la relation d'un fait dont nous avons été le témoin et qui nous a vivement frappé.

Nous nous excusons de ne rapporter que les lignes essentielles de l'observation ; ce sont des notes prises au cours de la guerre.

OBSERVATIONS

Observation I

(Personnelle)

Au mois de mars 1917, mon père était appelé auprès de M. N... qui avait été brusquement atteint la veille d'une céphalée intense, paroxystique, s'accompagnant de vomissements. M. N..., un mois auparavant, avait fait une chute de cheval, au cours de laquelle son cuir chevelu avait été éraillé. Il n'avait pas perdu connaissance, et n'avait présenté par la suite aucun trouble nerveux pouvant faire penser à une lésion intra-crânienne. La table externe de l'os n'avait pas été touchée, et la petite plaie du cuir chevelu n'avait pas tardé à se cicatriser.

Au premier examen, M. N... ne présentait encore que cette céphalée diffuse, quoique prédominante à la nuque, sans troubles visuels, sans raideur nuchale ni vertébrale marquée, sans signe de Kernig. Il vomissait, la température dépassait la normale. L'examen des organes ne montrait aucune localisation viscérale d'un processus infectieux quelconque.

La nuit passa, et le lendemain les signes cliniques avaient subi une telle aggravation que la ponction lombaire s'imposa. Les signes d'irritation spinale étaient très nets, le Kernig très accusé. Un tableau complet de méningite tendait à s'établir. Il n'existait aucune lésion otique ni sinusale, le rhino-pharynx était libre, la petite cicatrice récente du cuir chevelu en parfait état.

Très préoccupé, en raison de la notion de l'accident antérieur dont M. N... avait été victime, mon père pratiqua une rachicentèse qui donna issue à un *liquide très sanglant*, d'une teinte franchement rouge, ne paraissant pas contenir de pus, autant que l'examen direct permettait d'en juger.

Dès lors se posait le diagnostic différentiel toujours si délicat, et thérapeutiquement si important, entre une méningite cérébro-spinale infectieuse et l'hémorragie méningée simple. L'intensité immédiate de la céphalée gravative, l'extension progressive des symptômes de l'encéphale aux enveloppes médullaires étaient peut-être plutôt en faveur de la deuxième hypothèse. Mais la température montait et les phénomènes généraux s'amorçaient.

Le liquide extrait fut envoyé à Bourges le jour même. Il contenait en sus des éléments du sang un excès de polynucléaires, renfermant aussi des méningocoques identifiés par la bactérioscopie et par la culture.

Le traitement sérothérapique intrarachidien fut aussitôt entrepris. Il échoua. Peut-être n'avons-nous pas disposé de sérums strictement efficaces contre le germe en cause. Le laboratoire sait aujourd'hui différencier par l'agglutination plusieurs types de méningocoques de propriétés biologiques différentes et comportant des moyens d'attaque personnels.

L'agitation fut grande pendant les quatre premiers jours. Le coma lui succéda et la mort survint au septième. Le liquide, hémorragique au début, avait à la fin une teinte plus atténuée.

Il s'agit donc bien d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques, à évolution rapide et sévère, à début brutal et intense, et qui s'est compliquée d'une ou plusieurs hémorragies méningées, peut-être très précoces, voire même initiales, comme l'ont montré les résultats des ponctions lombaires.

Les circonstances n'ont pas permis les investigations nécropsiques.

Observation II

Nous reproduisons en outre ci-après l'analyse de l'observation de M. le professeur Ducamp, à laquelle nous aurons à nous reporter.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque A, avec association de diplocoque de Jaeger. Début par ictus et hémiplégie droite spastique d'emblée. Polynucléose rachidienne immédiate et intense, en opposition avec la rareté de germes. Xanthochromie tardive du liquide céphalo-rachidien et inversion du côté de la contracture. Décès. Nécropsie : lésions diffuses de méningite surtout encéphalique ; hémorragie méningée partiellement enkystée de la région paracentrale droite.

ETIOLOGIE GÉNÉRALE ET FRÉQUENCE

« L'hémorragie méningée, écrit Dopter dans le Traité récent de médecine de Roger, Widal et Teissier, est une complication rare de la méningite cérébro-spinale... Elle est abondante et grave en certains cas, mais parfois de minime importance, ne provenant sans doute alors que d'une lésion des capillaires. »

Il est remarquable, en effet, qu'une affection aussi hyperémiante que la méningococcie méningée se complique aussi rarement de ruptures vasculaires. Cependant les observations rapportées se comptent aisément.

Achard et Grenet, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, ont rapporté en 1903 le premier cas d'association dûment constatée par les examens bactérioscopiques et par la nécropsie.

Au cours des années suivantes, Sainton et Voisin, puis Gaussel rapportaient des cas analogues.

Dans une monographie consacrée par M. le professeur Carrieu et MM. Derrien et Blayac à une épidémie de méningococcies du type B à forme convulsive et urémigène, ces auteurs rapportent un cas où la ponction lombaire a constamment donné issue à un liquide hémato-

purulent dans lequel la centrifugation séparait un fort culot de pus surmonté d'une couche de globules rouges.

En 1920, M. le professeur Ducamp a observé avec MM. Giraud et Blouquier de Claret une méningite cérébro-spinale à méningocoques A, dans laquelle l'hémorragie méningée, constatée à l'autopsie, avait été vraisemblablement initiale dans le processus et dont l'influence sur la cytologie et la chimie du liquide céphalo-rachidien se fit sentir suivant un cycle anormal et assez curieux.

On peut enfin rapprocher de ces cas une observation de Sainton et Roullin, publiée en 1916, où la suffusion sanguine fut cérébelleuse. Il y a là, pathogéniquement, un équivalent clinique.

*
* *

Pourquoi cette rareté? Et quels facteurs faut-il incriminer dans la genèse de cette complication?

Tout d'abord nous devons bien reconnaître que cette rareté n'est peut-être qu'apparente. Une hémorragie des méninges molles ne s'accompagne pas forcément de la présence de globules rouges dans le liquide sous-arachnoïdien, l'érythrochromie et la xanthochromie elle-même peuvent manquer, des cloisonnements s'opposant à la diffusion.

*
* *

Cette réserve faite, il semble que deux facteurs doivent entrer spécialement en ligne de compte dans l'étiologie de cette complication.

C'est tout d'abord l'intensité du processus infectieux dû à l'état de réceptivité du sujet et surtout à la virulence du germe. La notion de germe épidémique joue

ici un rôle. Il est à remarquer que l'hémorragie méningée survient dans des formes *très graves* de la méningite cérébro-spinale. On peut penser qu'elle les aggrave et qu'elle traduit surtout un état d'hyperémie particulièrement intense, donc une forme très aiguë et redoutable du processus.

C'est, d'autre part, l'état antérieur des vaisseaux du malade atteint. Il est vraisemblable que les vaisseaux pie-mériens de la femme qu'ont étudiée M. le professeur Ducamp et ses collaborateurs, ancienne syphilitique à lésions méningées chroniques, ont moins résisté que d'autres à l'intensité de la congestion infectieuse.

Quoi qu'il en soit, nous retiendrons surtout de ces indications étiologiques ce fait que l'*épanchement de sang dans les méninges du méningococcémique est un indice d'une haute gravité.*

ETUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Du moment d'apparition et du mode de début de l'hémorragie méningée au cours de la méningite cérébro-spinale.

Il semble, autant qu'on en puisse juger d'après le petit nombre d'observations connues, que l'hémorragie méningée soit, lorsqu'elle se produit, une manifestation précoce du processus méningococcique. Lorsqu'elle s'est traduite à la ponction lombaire, c'est à la première qu'elle a été constatée. Lorsqu'elle n'a été constatée qu'à l'autopsie, elle avait les caractères, l'aspect d'une hémorragie déjà ancienne (Achard et Grenet). Dans le cas de M. le professeur Ducamp, elle a été constatée tardivement, mais l'analyse des signes a montré qu'elle était en réalité bien antérieure.

D'ailleurs, les manifestations cliniques intenses et brutales notées par plusieurs observateurs *dès le début* de la maladie sont vraisemblablement imputables au raptus hémorragique lui-même.

On conçoit d'ailleurs qu'en cas de rupture de vaisseaux beaucoup moins importants tout se perde dans le tableau général de la méningite et se réduise à une légère coloration xanthochronique du liquide céphalo-rachidien.

En résumé, l'hémorragie est en général précoce dans le cycle de la méningite. Les signes qui marquent le moment où elle se produit sont en rapport avec son importance. Ils se manifestent en général par une accentuation des phénomènes d'hypertonie et d'excitation pouvant aller jusqu'à l'ictus. Des syndromes de foyer peuvent enfin se constituer.

*
* *

Signes cliniques de l'hémorragie méningée.

Il faut essayer de faire le départ entre les signes propres de l'hémorragie sous-arachnoïdienne et ceux de l'irritation méningée méningococcique afin d'essayer de mettre en évidence le retentissement de l'épanchement sanguin sur la symptomatologie générale de la méningite.

Ainsi que le font observer M. le professeur Ducamp et ses collaborateurs, leur différenciation clinique se complique du fait qu'ils ont en commun beaucoup de symptômes.

Nous ne référons pas ici un exposé détaillé de la symptomatologie de l'hémorragie sous-arachnoïdienne, bien connue de tous.

On sait que, du fait de son étalement en nappe mince, elle n'exerce *en général* qu'une compression superficielle de l'écorce cérébrale, que, par conséquent, elle est plutôt *excitatrice* qu'inhibitrice, plutôt convulsivante que paralysante. Même en cas d'hémiplégie, c'est une constatation commune que celle d'une spasticité précoce et de réflexes exagérés et qui doit faire songer à la localisation méningée du processus qui l'a engendrée.

Nous n'insistons pas sur les phénomènes de localisations, variables à l'infini suivant le siège de l'épanchement, à la face convexe ou à la base du cerveau : hémiplégie, monoplégie, paralysie des nerfs de la base du crâne, le moteur oculaire commun en particulier (Achard et Paisseau), symptômes d'aphasie, etc.

A la périphérie les contractures peuvent être le fait de l'irritation globale du cortex, elles sont alors diffuses; si au contraire elles font partie de l'expression d'un syndrome de foyer, elles frappent avec électivité tel ou tel groupe musculaire. La *raideur nuchale* est parfois intense.

La stase *papillaire*, lorsqu'elle se produit, s'explique par l'infiltration des gaines du nerf optique, par l'hématome. La congestion et l'œdème de la papille avec dilatation des veines et hémorragies rétiniennes nées sur place seraient presque caractéristiques de l'hémorragie méningée, d'après Dupuy-Dutemps.

La constatation d'une *céphalée* intense qui arrache des cris au malade est capitale. Une malade de Renault se rendant au lavoir fut arrêtée par une céphalalgie atroce. On retrouve très fréquemment cette apparition fulgurante de la céphalée.

La *photophobie* prend parfois une acuité particulière. de même la rachialgie, les douleurs paroxystiques dans les membres.

Parmi les phénomènes viscéraux, la constipation est rare, mais les vomissements sont presque constants, plus marqués au début qu'après la constitution du syndrome de la période d'état.

La *température* enfin est loin d'être caractéristique. Beaucoup de ces hémorragies, en effet, s'accompagnent d'une hyperthermie soit précoce, soit secondaire, qui

peut monter à 39° et 40°. L'hyperthermie du début semble en rapport avec les phénomènes d'excitation. La fièvre secondaire aseptique est certainement du même ordre que les réactions dont nous relèverons tout à l'heure les stigmates cytologiques au sein de la séreuse ; c'est une fièvre de réaction ou de résorption, fièvre hémolytique dans laquelle interviendraient, d'après Frelon, deux éléments : le rôle pyrétogène des sécrétions leucocytaires, l'action thermogène de l'hémoglobine.

La raie dite méningitique est fréquente. On a noté le ralentissement du pouls (Braillon : 50), les troubles respiratoires, l'arythmie respiratoire, le Cheyne-Stokes, l'albuminurie enfin à laquelle Guillain, Vincent et Lafont attribuent une importance particulière.

Caractère du liquide céphalo-rachidien.

C'est dans les résultats de la ponction lombaire qu'on trouve les documents les plus aisément interprétables. Il est inutile d'insister sur la coloration rouge du liquide céphalo-rachidien, sur les précautions dont on doit s'entourer pour pouvoir affirmer que le sang retiré vient bien de la méninge et non pas d'un accident de ponction. L'examen cytologique montre la présence de globules rouges, des éléments blancs du sang qui se montrent, *en général*, en proportion normale par rapport aux hématies. Une proportion plus élevée indiquerait un processus de réaction méningée surajouté, qui n'est pas forcément un processus d'infection. La seule résorption du sang épanché peut déterminer, comme l'a montré Widal, une polynucléose parfois assez importante, suivie plus tard de lymphocytose et d'éosinophilie. L'examen

clinique enfin met en évidence la hausse de l'albuminurie, parfois considérable, et la baisse des chlorures.

Comment se fait-il que dans quelques cas, que Guillain considère comme « exceptionnels », le liquide céphalo-rachien ne soit aucunement modifié après une hémorragie méningée ? Il faut qu'il y ait alors un obstacle important à la circulation du liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens. Cet obstacle, nous l'avons vu constitué une fois par des cloisonnements de leptoméningite spécifique. Pierre Marie et Faure-Beaulieu, Barth et Cahen ont attribué le phénomène à l'engagement de la partie amygdalienne du cerveau dans le trou occipital. Nous concevons que la présence d'exsudats méningitiques favorisent grandement cette stase, d'autant mieux que cette réaction de la séreuse provoque la coagulation du sang épanché.

*
* *

Parallèle des signes de l'hémorragie méningée et de ceux de la méningite cérébro-spinale aiguë.

La revue rapide que nous venons de faire met en évidence l'importance des difficultés de diagnostic que rencontre le clinicien.

a) Signes cliniques. — Est-il en effet, dans toute cette série de signes cliniques, un seul qui ne puisse être interprété aussi bien comme un signe de méningite inflammatoire ou infectieuse, que comme un signe d'hémorragie méningée aseptique ? Nous avons vu, en effet, que toute la symptomatologie de cette dernière est symptomatologie d'emprunt. Elle exprime d'abord l'irritation de la méninge par le sang épanché ; puis, lorsque le

travail de résorption est entrepris, ces signes d'irritation prennent une intensité plus grande encore. Tout cela peut être répété en des termes presque identiques à propos de la méningite inflammatoire vraie qui elle aussi n'a qu'une symptomatologie d'irritation générale ou de foyer. Et si la photophobie, la rachialgie, les douleurs périphériques, la *céphalée* surtout prennent un caractère spécial de brutalité, d'intolérabilité, de soudaineté dans l'épanchement sanguin, les mêmes symptômes appartiennent aussi au tableau de la méningite cérébro-spinale et l'appréciation de leur origine ne peut être fondée que sur une question de degré.

Chauffard et Froin établissent dans les signes cliniques de la méningite cérébro-spinale deux séries symptomatiques.

La *première série* comprend les symptômes *douloureux* et *hypertoniques*, et les *signes de lésions en foyer*. Ils se rencontrent aussi bien dans l'hémorragie méningée que dans la méningite cérébro-spinale.

La *deuxième série* comprend les *signes de grande infection*, que ne pourrait réaliser l'hémorragie méningée seule : ce sont l'herpès, les éruptions septicémiques, le purpura, la néphrite, les arthrites, les endopéricardites, les otites, les lésions oculaires. Ces signes sont, sans doute, d'une grande valeur, mais ils ne sont peut-être pas d'une constance absolue.

En sens inverse, nous ne voyons guère de symptôme de l'hémorragie méningée qui ne puisse être reproduit par la méningite cérébro-spinale.

b) Signes tirés de l'examen du liquide céphalo-rachidien. — Ils sont beaucoup plus précis. Faisons pour l'instant abstraction des globules rouges et de la coloration rouge ou jaune du sérum, qui, dans la règle, man-

quent dans la méningite cérébro-spinale non compliquée d'hémorragies et caractérisent cette dernière.

Le liquide céphalo-rachidien du méningitique, très rarement limpide, est en général louche, voire même nettement purulent. Il est de plus très albumineux, relativement pauvre en chlorures et plus encore en glycose. Mais il renferme surtout un nombre considérable de leucocytes polynucléaires en état de désintégration plus ou moins accusée et des diplocoques en grain de café, intracellulaires et extracellulaires et ne prenant par le Gram. Ce sont là des constatations capitales, qui, lorsqu'elles sont rencontrées, rendent indiscutable le diagnostic.

*
* *

Ces deux derniers signes peuvent manquer.

On connaît, en effet, à l'heure actuelle, des cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques dans lesquels le liquide céphalo-rachidien s'est, au début, montré exempt de germe aussi bien à la bactérioscopie directe qu'à la culture. On connaît même des cas où la stérilité des méninges *accessibles à l'exploration* s'est maintenue pendant toute la durée de la maladie (méningite encéphalique).

La réaction cytologique peut encore renseigner, mais on redoute de se trouver en présence d'une réaction puriforme aseptique des méninges. La recherche des signes cliniques de méningite, des signes de grande infection, voire même de la méningoccémie et de la présence du méningocoque dans les mucosités rhino-pharyngées, permet cependant le diagnostic dans la plupart des cas.

a) Signes particuliers. — Il résulte de ce qui précède que le diagnostic purement clinique de l'hémorragie méningée au cours de la méningite cérébro-spinale est hérissé de difficultés extrêmes, puisque la symptomatologie des deux affections ne se différencie par aucun caractère pathognomonique.

On pourra sans doute la redouter en présence d'un début intense et bruyant, en présence d'un épisode inattendu particulièrement brutal, tel qu'un ictus, une hémiplégie spastique soudaine, un accident jacksonien, une crise de céphalalgie surtout particulièrement intense et de siège assez fixe. Mais ce ne pourra être qu'une supposition. Une poussée congestive intense traduisant une agression brutale ou un retour offensif de l'infection, une intoxication secondaire, telle que l'urémie, peuvent réaliser un tableau identique.

b) Ponction lombaire. — C'est donc encore à la ponction lombaire qu'on aura recours pour trancher la question.

Mais là encore il est des cas simples, typiques, et des cas complexes.

MM. Carrieu, Derrien et Blayac ont retiré un liquide hémato-purulent qui contenait du méningocoque. Ici les signes pathognomoniques de l'affection essentielle et de sa complication étaient inscrits dans le tube du prélèvement. Le double diagnostic s'imposait.

Dans notre observation personnelle on retire un liquide sanglant : on croit à une hémorragie méningée, mais le microscope rectifie aussitôt cette erreur, et montre la réaction polynucléaire et le méningocoque. Le cas est encore très simple.

Achard et Grenet retirent un liquide clair qui contient

des leucocytes et des polynucléaires. Ils méconnaissent l'hémorragie méningée.

MM. Ducamp, Giraud et Blouquier de Claret obtiennent un liquide opalescent, non coloré, qui contient un nombre énorme de globules blancs pour la plupart en bon état de conservation ; les globules atteignent au moins le nombre de 2.000 par millimètre cube. L'examen bactérioscopique n'y montre aucun germe. La clinique met en évidence des signes méningés, le sujet a fait un ictus, est comateux et hémiplégique.

Le diagnostic est heureusement précisé dès le lendemain par la constatation de colonies de méningocoques dans la boîte gélose-ascite où le liquide céphalo-rachidien retiré la veille avait été ensemencé.

Grâce à la culture, ici, le diagnostic a pu être posé de bonne heure et le traitement entrepris. Plus tard, en outre, les signes rachidiens de l'hémorragie méningée (présence de globules altérés et de xanthochromie) sont devenus très nets. Mais si les examens bactérioscopiques et les cultures étaient demeurés négatifs, l'incertitude eût été grande.

Nous avons vu, en effet, que les séreuses peuvent réagir parfois avec une grande intensité à l'irritation mécanique d'une hémorragie et des réactions générales avec hyperthermie peuvent accompagner cette réaction locale. Amandrut et Gendron ont observé, dans un cas d'hémorragie cérébrale avec suffusion méningée discrète, une réaction polynucléaire de 688 éléments au mm^3 dans le liquide céphalo-rachidien au 5e jour.

D'autres fois, écrit M. le professeur Ducamp, « l'hémorragie sous-arachnoïdienne s'est enkystée, ses éléments cellulaires ne se sont pas diffusés, mais son

influence irritative s'exerce néanmoins, l'aiguille qui ponctionne au loin recueille un liquide non hémorragique, mais où se lit une réaction dont la cause n'est pas évidente ».

Pratiquement, lorsqu'on se heurte à des difficultés de cet ordre, l'indication se pose des investigations multipliées par la ponction lombaire, et, en cas d'échec et de symptômes cliniques alarmants, de l'exploration cranienne directe et de la trépano-ponction, qui donneront à la fois des indications diagnostiques et des possibilités thérapeutiques.

PRONOSTIC

Ce que nous avons dit déjà nous permet d'être bref en ce qui concerne le pronostic de l'hémorragie méningée, complication de la méningite cérébro-spinale.

C'est *toujours* une complication très grave, parce qu'elle traduit toujours un état d'hyperémie intense, une virulence particulièrement haute de l'infection.

Précoce, elle est suivie d'une évolution sévère de tous les symptômes.

Si elle est plus tardive, on constate, dès son apparition, une aggravation considérable de tous les symptômes.

Tous les cas de méningites à méningocoques compliquées d'hémorragie dont nous avons lu la relation se sont terminés par la mort, et le nôtre n'a pas fait exception à cette loi redoutable.

TRAITEMENT

Il semble bien que la constatation de l'hémorragie méningée au cours de la méningite méningococcique ne comporte qu'une surveillance serrée et une application intensive du traitement sérothérapique. Il faut, en effet, lutter contre le caractère particulièrement virulent, hyperémiant du germe en cause.

L'intervention ne pourrait-elle être envisagée en cas de symptômes de localisation précis ? Elle aurait l'avantage, semble-t-il, de supprimer un foyer d'irritation immédiate, et une possibilité de constitution d'un centre épileptigène pour l'avenir (au cas du succès de la thérapeutique). Elle permettrait peut-être, en outre, d'attaquer plus énergiquement le mal en permettant la ponction ventriculaire et l'injection directe du sérum spécifique dans les ventricules cérébraux.

L'ouverture de la dure-mère n'est pas une intervention sans aléa, mais la gravité des formes de méningite qui se compliquent d'hémorragies est telle qu'elle autorise bien des hardiesses.

CONCLUSIONS

I. — L'hémorragie sous-arachnoïdienne est une complication très rare de la méningite cérébro-spinale à méningocoques.

II. — Elle est une complication précoce : elle peut être le phénomène initial par laquelle le sujet entre cliniquement dans la maladie.

III. — Elle s'exprime par des signes dont l'intensité est en rapport avec son importance. Ces signes sont les uns cliniques, les autres humoraux.

VI. — Les signes cliniques ne sont pas pathognomoniques. Ils sont communs à la méningite et à l'hémorragie méningée (signes douloureux, hypertonies, signes de lésions en foyer). Seuls certains caractères de soudaineté dans l'apparition et d'intensité (céphalées, ictus) permettent de pressentir avec quelque assurance.

V. — Les signes humoraux sont essentiellement les caractères du liquide céphalo-rachidien (présence de

globules rouges, d'érythrochromie ou de xanthochromie, etc.) qui se superposent au signes révélateurs de la méningite (polynucléaires altérés, méningocoques).

VI. — Les difficultés de diagnostic peuvent naître de l'absence des signes d'infection générale ; — de l'absence des germes dans le L. C. R., ce qui peut faire méconnaître la méningite ; — de l'absence de sang ou de xanthochromie dans le L. C. R. du fait d'un enkystement, ce qui peut faire méconnaître l'hémorragie méningée.

VII. — Cette complication comporte un pronostic des plus graves, non par elle-même, mais parce qu'elle est l'indice d'une forme très intense, très hyperémiante et très toxique de l'infection.

VIII. — Le traitement sérothérapique doit être particulièrement intensifié sous surveillance. On peut envisager l'intervention chirurgicale dans certains cas où la localisation peut être précisée.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Considérations sur les hémorragies sous-arachnoïdiennes au cours des méningites méningococciques (A propos d'un cas personnel),

par Raymond Souquière.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 7 juillet 1922.

Le Professeur,

DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 7 juillet 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 7 juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Grenet. — Hémorragie méningée au cours d'une méningite cérébro-spinale (Soc. méd. hôp. Paris, 5 nov. 1903).

Achard et Ramond. — Hémorragie méningée à symptômes méningitiques (Soc. neur., 3 nov. 1903).

Amandrut et Gendron. — Leucocytose aseptique du L. C. R. au cours des hémorragies cérébrales (Soc. méd. hôp. Paris, 1er mai 1914).

Anglada.— Le liquide céphalo-rachidien (Thèse Montpellier, 1909).

— Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne. Symptomatologie cérébro-spinale (Soc. des sc. méd. Montpellier, 7 avril 1911).

Carrieu, Derrien et Blayac. — Méningite cérébro-spinale et urémie convulsive (Réunion médico-chir. de la XVIe Région, 1er juin 1918).

Chauffard. — Hémorragie méningée (Gazette des hôp., 1903).

— Hémorragie sous-arachnoïdienne (Presse méd., 1903, p. 461).

Chauffard et Froin. — Diagnostics différentiels des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes et des méningites cérébro-spinales (Soc. méd. hôp. Paris, 23 oct. 1903, et Gazette des hôp., 1903).

Dopter. — Art. Méningite cérébro-spinale, *in* Traité de médecine Roger, Widal, Teissier, 1921.

Ducamp, Giraud et Blouquier de Claret. — Des hémorragies méningées au cours des méningites cérébro-spinales aiguës (Progrès médical, 9 octobre 1921).

Gaussel. — Hémorragie méningée dans la méningite cérébro-spinale (Congrès de Lille, 1906).

Genest et Laffont. — Hémorragie méningée (Loire médicale 1910).

Guillain. — Art. Hémorragies méningées, *in* Traité de médecine Sergent, 1921.

Guillain et Vincent. — Valeur diagnostique des albuminuries dans les hémorragies méningées (Semaine médicale, 27 octobre 1909).

Lamy. — Hémorragie méningée traumatique à syndromes méningitiques (Soc. méd. hôp. Paris, 1903).

Macaigne. — Hémorragie méningée simulant la méningite cérébro-spinale (Médecine moderne, 1902).

Maljean. — Des hémorragies méningées à forme cérébro-spinale simulant les méningites (Thèse Montpellier, 1911).

Moizard et Bataloglu. — Hémorragie méningée simulant la méningite cérébro-spinale (Soc. anat., 1900).

Paisseau et Tixier. — Arch. gén. de médecine, 1910.

Pavy. — Hémorragie méningée à forme méningée (Thèse Montpellier, 1903).

Sainton et Roullin. — Hémorragie cérébelleuse et syndrome basedowiforme aigu au cours d'une méningite cérébro-spinale (Soc. méd. hôp. Paris, 18 mai 1916).

Sainton et Voisin. — Méningite purulente et hémorragie méningée (Soc. anat., 1905).

Sicard. — Chromo-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies du névraxe (Soc. biol., 1901).

Widal. — Le diagnostic de l'hémorragie méningée (Presse méd., 1903, p. 413).

Widal et Merklen. — Hémorragie méningée avec signe de Kernig (Soc. méd. hôp. Paris, 24 nov. 1899).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!